

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 454

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre SANZ

Né à Paris, le 12 août 1903

SYPHILIS ET GROSSESSE

PROPHYLAXIE. - TRAITEMENT.

RÉSULTATS

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre SANZ

Né à Paris, le 12 août 1903



SYPHILIS ET GROSSESSE

PROPHYLAXIE. - TRAITEMENT.

RÉSULTATS

President: M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BINET Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . Hygiène.
 JOYEUX. . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI. . . Clinique médicale.	CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . Clinique médicale.	HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
DEBRÉ. . . Clinique médicale.	MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . Clinique médicale.	MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. Clinique médicale.	PROUST. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.	SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
LERI. . . . Clinique médicale.	LE LORIER . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
BASSET. . . Clinique chirurgicale.	METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR ETIENNE SANZ

A MON ONCLE

MONSIEUR JEAN SANZ

A MON COUSIN

LE DOCTEUR THOMAS ARETA

Chirurgien à San Francisco de Cordoba (Répub. Argentine)

A MONSIEUR JEAN SALMON

Mon ami de toujours.

A MONSIEUR HUGUES ROUX

Mon excellent ami.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET

MONSIEUR LE DOCTEUR ABRAMI

MONSIEUR LE DOCTEUR I. DE JONG

MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

MONSIEUR LE DOCTEUR M.-L. KINDBERG

MONSIEUR LE DOCTEUR R.-C. MONOD

MONSIEUR LE DOCTEUR LE LORIER

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORT

MONSIEUR LE DOCTEUR RENAUDEAUX

AU DOCTEUR PIERRE HILLEMANT

*Qui a été pour moi un ami et
un maître.*

AU DOCTEUR BOYER

Médecin du dispensaire anti-syphilitique
de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

A: PROFESSEUR COUVELAIRE

*Qui a bien voulu me faire le
très grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse, en témoi-
gnage de ma gratitude et de mon
respect.*

Nous tenons à remercier ici, notre maître, le D^r Le Lorier, professeur agrégé, accoucheur à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, qui nous a suggéré l'idée de cette thèse.

SYPHILIS ET GROSSESSE

PROPHYLAXIE. - TRAITEMENT.

RÉSULTATS.

Nous savons la place prépondérante que tient la syphilis dans la mortalité infantile et dans la mortinatalité.

L'influence abortive ou fœticide de la syphilis est connue presque depuis que la syphilis l'est elle-même.

A ce propos, nous nous bornerons à rappeler quelques statistiques :

Le Pileur, à Lourcine : sur 414 grossesses de femmes syphilitiques trouve 154 avortements soit un coefficient de 37 %.

Les statistiques de Fournier portant sur sa clientèle de ville donne sur 527 grossesses 239 avortements soit 45 % et en clientèle hospitalière sur 184 grossesses 123 avortements soit 67 %.

Une observation des professeurs Pinard et Fournier portant sur 25 familles accuse 310 naissances et 227 décès.

Une statistique plus récente relevée par le professeur Couvelaire dans son service de la clinique Baudelocque en 1920 :

« En ne tenant pas compte des œufs expulsés avant le sixième mois de la gestation, je relève dit-il, sur

3622 naissances observées tant dans le service intérieur que chez les sage-femmes agréées :

55 fœtus morts pendant la gestation ;

46 fœtus morts pendant l'accouchement ;

103 nouveaux-nés morts après la naissance :

49 le 1^{er} jour dont 43 prématurés débiles.

22 les 2^e et 3^e jours dont 15 prématurés débiles.

32 du 4^e au 10^e jour dont 26 prématurés débiles.

Or, sur les 55 cas de mort du fœtus pendant la gestation après le sixième mois, la syphilis a été reconnue avec certitude : antécédents syphilitiques, constatation de lésions syphilitiques en évolution, B.-W. positif, dans 24 cas, soit près de 50 %.

D'autre part sur 84 prématurés débiles nés vivants et morts avant le dixième jour il a été possible de reconnaître l'existence d'une syphilis certaine des procréateurs, sans compter naturellement les accidents plus ou moins tardifs auxquels restent exposés certains hérédos-syphilitiques sans manifestations précoces.

Ces chiffres sont singulièrement plus éloquents que n'importe quelle considération littéraire.

La syphilis joue donc, vis-à-vis de l'espèce, un rôle néfaste si considérable qu'il appartient au médecin, à tous, de connaître les moyens et les méthodes mis à notre disposition.

Certains de ces moyens sont tombés dans la pratique courante et tendent à être généralisés, d'autres, au contraire, restent dans le domaine du possible.

Nous exposerons donc quelles sont les méthodes

actuelles de lutte contre l'infection syphilitique héréditaire.

La lutte contre la syphilis-héréditaire comporte dans ses grandes lignes :

1^o Une lutte prophylactique :

A) Dépistage de la syphilis chez les procréateurs ;

B) Condition optima de mariage pour un syphilitique.

2^o La syphilis reconnue, son traitement au cours de la gestation, les différents médicaments, leur emploi ;

3^o Les effets du traitement, des statistiques.

PROPHYLAXIE ET LUTTE CONTRE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

a) Conditions optima de mariage pour les syphilitiques. Le certificat pré-nuptial. Rôle des dispensaires.

Nous ne nous étendrons point sur le mécanisme de la transmission de l'hérédité syphilitique au fœtus. En dehors du mode de contamination habituel, la femme peut recevoir en même temps spermatozoïde fécondant et tréponème (M. Pinard). S'il y a désaccord sur le mécanisme intime de cette contagion : chancre intra-utérin, contamination intra-péritonéale, ovule fécondé par un spermatozoïde contenant du tréponème, le terme ultime est souvent une syphilis latente, insidieuse difficile à déceler et que seul, souvent, peut mettre en évidence une séro-réactivation.

La femme peut ne présenter aucun accident et c'est dans sa descendance quelle sera frappée : fausse couche, fœtus macéré, prématuré, enfant hérédo-syphilitique.

C'est donc avant le mariage qu'il faut stériliser les procréateurs ; ce sont là les conditions optima.

Les procréateurs syphilitiques ne doivent se marier

qu'après la disparition de l'infection, contrôlée par tous les moyens d'investigation actuellement connus :

Clinique et sérologique ;

Examen du liquide céphalo-rachidien ;

Epreuve du temps et de la réactivation .

Le procréateur syphilitique doit franchir victorieusement toutes ces épreuves quel qu'ait été la durée de son traitement spécifique.

Après la cessation du traitement l'individu syphilitique doit être resté au moins un an sans présenter d'accidents.

Les analyses sérologiques doivent être complètement négatives : un B.-W. négatif isolé ne signifie rien, une série de B.-W., doublée du Hecht restant à trois ou quatre reprises négatifs pendant un an seuls peuvent juger la question.

Le second barrage c'est la réactivation :

B.-W. et Hecht restant négatifs quinze jours après une nouvelle injection de novarsénobenzol.

Le troisième barrage c'est la ponction lombaire.

Ces trois épreuves victorieusement subies le spécifique peut se marier.

Ces conditions optima ont été dogmatisées en quelque sorte par « la Conférence de la syphilitique héréditaire » en 1922.

Nous rappellerons brièvement les conclusions votées par cette Conférence :

Les conditions requises pour qu'un sujet, de l'un et l'autre sexe, entaché de syphilis, soit acquise, soit

héréditaire, puisse contracter le mariage sont les suivantes .

1° Traitement prolongé dont la durée est variable, plus brève s'il est institué en période pré-humorale, s'il a été intensif et bien suivi, plus longue si le sujet était déjà en période sérologique positive, si le traitement a été insuffisant et mal suivi.

2° Une période de surveillance clinique et sérologique d'une année environ : réactivation et ponction lombaire seront les compléments nécessaires.

3° Aux syphilitiques qui réalisent les conditions ci-dessus, il est prudent de conseiller une cure dans les mois qui précède le mariage ; ils seront soumis, ultérieurement, à une vigilance clinique et sérologique.

Si un homme marié contracte la syphilis il doit être traité immédiatement d'une manière intensive, non seulement dans son propre intérêt, mais aussi pour prévenir la contamination de sa femme. Celle-ci doit être soumise à une surveillance clinique et sérologique ; s'il survient une grossesse, la femme sera traitée durant toute sa gestation alors même qu'elle n'aurait présenté aucun signe de syphilis. L'enfant, dès sa naissance, même s'il ne présente, à un examen complet, aucun signe de syphilis, sera soumis au traitement.

Nous ne pouvons quitter ce chapitre de la prophylaxie de la syphilis héréditaire sans rappeler le *certificat « pré-nuptial »*.

Pour certains auteurs il serait nécessaire que l'on fasse pour le mariage ce que l'on fait lorsqu'on entre dans une administration ou lorsqu'on contracte une

assurance sur la vie, en l'occurrence ce serait au syphiligraphe à qui il incomberait de répondre par oui ou non.

Mais le certificat pré-nuptial ne semble-t-il pas capable d'écarter du mariage des syphilitiques qui ne voudraient point se soumettre, par amour-propre peut-être, à pareille mesure et qu'un traitement bien conduit pourrait rendre susceptible d'avoir une famille légitime exempte de tares ?

Le syphilitique traité activement avant la visite médicale ne serait-il point susceptible d'induire en erreur le médecin : il n'avoue pas sa syphilis, le traitement a fait de lui un individu sans signes cliniques et sérologiques momentanément, peut-être ?

Il semble, néanmoins, évident qu'appliqué avec la plus grande prudence et la plus grande circonspection, le certificat pré-nuptial puisse rendre, au point de vue prophylactique, les plus signalés services.

Pour donner toute sa valeur au certificat pré-nuptial il importe avant tout de prévenir, de renseigner, d'instruire le gros public, sur le rôle de la syphilis dans la procréation, sur le caractère éminemment social de la maladie :

Par des écrits, par des conférences faites à la portée de tous les esprits, par l'éducation sexuelle et anti-vénérienne, par l'intensification du rôle et de l'action des dispensaires anti-syphilitiques, des services sociaux, par l'organisation des maternités et des centres de puériculture en vue de la lutte contre la syphilis héréditaire, en perfectionnant l'instruction des praticiens

dans le sens de la prophylaxie de la syphilis acquise et de l'hérédo-syphilis, en rendant intime la collaboration de l'accoucheur, du syphiligraphe et du pédiatre, par tous ces moyens l'on pourra rendre efficace la lutte contre la syphilis héréditaire.

Au cours de ces dernières lignes nous avons en quelque sorte résumé les vœux émis par la conférence de la « syphilis héréditaire » (1925).

Depuis la belle impulsion digne de tous éloges donnée par le professeur Couvelaire dans le sens de prophylaxie de la syphilis héréditaire, de nombreux dispensaire anti-syphilitiques ont été annexés aux maternités.

Nous mêmes, dans le service de notre maître le Dr Le Lorier, à l'Hôpital Boucicaut, nous avons pu nous rendre compte quel pouvait être le rôle et l'action d'une telle institution. A la fin de notre thèse nous exposerons quelques observations et quelques statistiques puisées dans ce service.

b) Dépistage de la syphilis chez les procréateurs en particulier chez la femme.

Le dépistage de la syphilis des procréateurs et en particulier de la femme, relève du fonctionnement de différents services lesquels, chacun dans un ordre d'idées particulier, s'efforcent de déceler cette maladie :

A. Rôle des consultations.

B. Rôle du service d'accouchement lui-même.

C. Rôle des consultations de nourrissons.

A. — RÔLE DES CONSULTATIONS.

On ne saurait trop insister sur l'intérêt qu'ont les femmes de venir consulter dès le début de leur gestation.

La syphilis reconnue à cette époque sera traitée, plus grandes seront, alors, les chances de succès.

1^o. *Femmes atteintes d'accidents syphilitiques.*

Nous serons brefs sur l'étude de ces accidents syphilitiques.

Rappelons toutefois que la grossesse aggrave la syphilis d'autant plus que l'époque de la contamination est plus voisine de la conception.

Rappelons que l'accident primaire peut revêtir un aspect particulier : l'induration est profonde, étendue, il n'est pas rare qu'elle devienne le siège d'une ulcération ou d'une prolifération exubérante.

Les accidents secondaires participent à la même activité, aussi, a-t-on pu dire que pendant la gestation la syphilis brûle les étapes.

Syphilides, plaques muqueuses sont souvent hypertrophiques, s'accompagnent d'une infiltration œdémateuse plus ou moins profonde, faisant perdre une partie de leur souplesse aux téguments, aux muqueuses.

Il en résulte que ces différents accidents pourront être au moment de l'accouchement l'occasion de déchirures plus ou moins étendues, pourront même être

cause de dystocie, surtout s'ils siègent au niveau du col utérin.

*2° Femmes atteintes de maladies obstétricales
permettant de soupçonner la syphilis.*

Les grosses albuminuries.

Les gros œufs.

L'hydramnios

doivent attirer l'attention du côté de la syphilis.

La syphilis de l'œuf révèle, à elle seule, la syphilis des procréateurs (Couvelaire).

*3° Femmes suspectes de syphilis de par leur
histoire antérieure.*

C'est là, sans contredit, un des chapitres des plus fréquemment rencontrés aux cours du dépistage de la syphilis chez la femme enceinte.

Le Dr Marcel Pinard écrivait en 1923 : « . Jusqu'ici on a soigné deux catégories de syphilitiques : les mâles et les filles publiques.

La syphilis des femmes « honnêtes » ainsi que la dénommait Fournier était abandonnée à elle-même.

La contamination insidieuse, l'absence en général de gros accidents visibles, le silence gardé par le contaminateur en font une syphilis méconnue. Au point de vue social c'est la syphilis dangereuse car c'est elle qui frappe durement la descendance... »

Le dépistage d'une telle syphilis n'est point toujours facile et évident.

Dans l'immense majorité des cas, l'examen clinique, voire même sérologique, de la femme, est négatif, l'examen clinique et sérologique du mari, au contraire, fournit l'explication.

Il est de tout intérêt, en effet, de pratiquer systématiquement chez toute femme enceinte une réaction de *Bordet-W.* et une réaction *d'Hecht*, aussi rassuré soit-on sur l'état de santé de la femme, aussi convaincu soit-on de l'absence de syphilis.

Si l'on a des doutes, on pourra même pratiquer une réactivation par le novarsénobenzol.

Le pouvoir hémolytique du sérum gréviste vis-à-vis des globules rouges du mouton est plus élevé qu'en dehors de la gestation.

Aussi la réaction de Hecht paraît, à cause de sa simplicité et de sa sensibilité, particulièrement utilisable dans les maternités.

C'est une réaction simple et rapide d'orientation, puisque négative elle dispense de faire le Bordet-Wassermann qui sera certainement négatif étant donné la sensibilité plus grande de la réaction d'Hecht.

Mais, il importe au praticien de comprendre la valeur réelle, intrinsèque, la valeur pratique de ces réactions sérologiques.

Les auteurs considèrent, à l'unanimité, ces réactions sérologiques non point comme un test définitif de la syphilis, mais comme un moyen, faillible d'ailleurs, de mettre en évidence une syphilis latente.

Le professeur Couvelaire s'exprime ainsi... « on a pensé que la systématique réaction sérologique réduirait au minimum l'effort diagnostique du médecin en lui donnant un élément de certitude, soit-disant scientifique. D'excellents esprits ont même proposé de rendre obligatoire, dès les premières semaines de la gestation, la pratique des réactions sérologiques. Depuis le début de 1927 nous avons pratiqué en série continue la réaction sérologique suivant la méthode Hecht. A notre grande surprise alors que certains de nos collègues trouvaient des nombres impressionnants de réactions positives, nous n'avons sur plus de 2.000 cas relevé que 3 % des réactions positives. Il est *à priori* permis de supposer que la proportion des cas de syphilis dans cette clientèle hospitalière est supérieure à 3 %. Et de fait, nous sommes autorisés à faire le diagnostic de syphilis acquise ou congénitale et à instituer un traitement chez 13 % de femmes venues à la clinique Baudelocque.

Importance capitale de l'enquête personnelle, familiale de l'examen de l'œuf pendant son développement... »

Le docteur Devraigne confirme ces données... « la réaction de Wassermann même avec le sérum non chauffé, même avec l'antigène de Desmoulière ne nous donne que des résultats décevants, certes, lorsqu'elle est positive elle entraîne la conviction, mais nos résultats seraient médiocres et notre rôle singulièrement diminué si nous admettions un seul instant la réciproque à savoir que *négativité égale absence de syphilis*. Jus-

qu'à nouvel ordre et sans négliger les éléments de diagnostic que peut apporter le laboratoire, c'est la clinique qui jugera en dernier ressort du traitement à appliquer et de son opportunité. Nous n'avons pu, il est vrai, pratiquer la séroflocculation de Vernes qui, d'après cet auteur, donne des résultats infiniment plus concluants...

Voici enfin quelques statistiques fournies par le docteur Fruhinsholz de Nancy (1928) : ... « à la maternité de Nancy nous trouvons en ce qui concerne les procédés de dépistage et leurs résultats :

a) à la consultation pré-natale :

Dépistage par les commémoratifs.....	41	% des cas
Dépistage confirmé par la sérologie...	25	—
Dépistage par les constatations objectives.....	14	—
Par aveu.....	18	—

b) parmi les accouchées :

Par les commémoratifs.....	39	—
Confirmés par la sérologie.....	36,5	—
Par les constatations faites pendant l'accouchement.....	14,6	—
Par aveu.....	7,3	—
Par les constatations objectives.....	2,4	—

En conclusion, examen sérologique, positif indique la syphilis, négatif il ne l'exclue pas

Il faut DONNER UNE PLACE PRÉPONDERANTE A L'ENQUÊTE à laquelle on ne manquera jamais de se livrer. Cette

enquête pourra permettre à elle seule de décèler la syphilis et par là de la traiter.

Cette enquête devra être à la fois personnelle et familiale : elle portera sur le mari, sur les enfants : leur examen et la recherche des signes d'hérédosyphilis, sur les collatéraux, sur la femme elle-même.

Etat des gestations antérieures :

Les fausses couches répétées sont toujours suspectes. A la vérité, elles peuvent être dues à une intolérance utérine, consécutive à un fibrome sous-muqueux ou à une métrite, mais lorsqu'elles se succèdent en série régulière et qu'elles se produisent à des époques de plus en plus tardives ou qu'elles se combinent à des accouchements avant terme, elles constituent un signe presque pathognomonique de la syphilis.

Les accouchements prématurés en série à conditions toutefois que la mère ne présente pas de lésions cardiaques ou rénales.

L'expulsion d'enfants macérés doit, en principe, faire poser le diagnostic de syphilis. Les causes d'erreurs sont faciles à vérifier : albumine, maladies fébriles, étranglement par le cordon, assez rarement observé.

L'hydramnios est un signe plus douteux mais demeure suspect.

La disproportion du quotient fœto-placentaire au cours des grossesses précédentes, surtout quand il s'abaisse au-dessous de un sur cinq.

De tous ces antécédents obstétricaux il faut attribuer

une importance considérable et toute particulière aux fausses couches et à l'expulsion des foetus macérés.

B. — RÔLE DU SERVICE D'ACCOUCHEMENT LUI-MÊME
DANS LE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS.

Le service d'accouchement signalera :

Les enfants morts avant le travail.

Les enfants morts pendant le travail sans cause nette.

Les enfants naissant apparemment sains mais ayant un gros œuf pathologique : excès de liquide, gros placenta dépassant le sixième du poids de l'enfant.

Enfants porteurs de lésions syphilitiques : pemphigus localisé à la plante des pieds et à la paume des mains, plaques muqueuses péri-buccales, anales, vulvaires, scrotales, coryza syphilitique, aspect cachectique et vieillot de l'enfant, l'ascite, le gros foie, la grosse rate, l'hydrocéphalie et toutes les malformations imputables à la syphilis.

La constatation de tels accidents syphilitiques chez les enfants pourra amener le médecin à poser le diagnostic de syphilis chez une femme ayant négligé la consultation, ayant donc échappé au crible que forme systématiquement :

l'examen clinique;

l'enquête;

les analyses sérologiques.

La syphilis reconnue on entreprendra d'emblée un traitement énergique chez l'enfant et chez la mère en vue de grossesse ultérieure possible.

C. — RÔLE DES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS.

La consultation de nourrissons permettra de reconnaître les enfants entachés d'hérédo-syphilis :

Enfants porteurs de lésions hérédo-syphilitiques.

Enfants dont le poids malgré un bon allaitement n'augmente pas.

« Un enfant nourri au sein doit s'élever sans incidents. S'il crie le jour et la nuit, s'il a de la diarrhée verte, s'il ne digère aucun lait, s'il présente des convulsions, si avec une ration de lait suffisante son poids diminue, cherchez la syphilis et vous la trouverez bien souvent. Le traitement spécifique permet souvent à lui seul la reprise du poids et la régression des accidents » (M. Pinard, 1923).

En conclusion, la constatation de pareils accidents chez un nourrisson viendra soulever le problème de la syphilis chez les parents, ceux-ci ayant négligé de se faire examiner auparavant.

Autrement dit, reconnaître la syphilis des enfants c'est également reconnaître celle des procréateurs.

TRAITEMENT

Le diagnostic de syphilis posé, il est de toute urgence de traiter la femme soit dans l'intérêt de la gestation actuelle, soit dans celle future.

Ce traitement doit être intensif et sans trêve, suivi d'une façon intégrale.

Il sera pratiqué, soit à la maternité elle-même, soit au dispensaire anti-syphilitique annexé à la maternité.

Les femmes enceintes, comme l'a dit exactement le professeur Couvelaire, répugnent à suivre les consultations au dispensaire général, d'où, il est nécessaire d'avoir des dispensaires réservés aux femmes enceintes et attenants aux maternités. Dispensaire créé dès février 1919 par le professeur Couvelaire à la clinique Baudeocque, dispensaires analogues annexés aux maternités de la Charité, de la Pitié, de Lariboisière, de Boucicaut, etc.

Pratiquement, dit le Dr Devraigne, la grossesse commence pour l'accoucheur entre le deuxième et le troisième mois, c'est-à-dire qu'au moment où la femme vient consulter il reste un maximum de six mois pour protéger le fœtus contre le tréponème.

Dans ces conditions nous estimons que le traitement

anti-syphilitique doit être appliqué d'une façon intensive et continue jusqu'au terme de la grossesse.

Si un médicament cesse d'être toléré, que l'on ait recours à un autre.

Quels sont, donc, les différents médicaments qu'il est possible d'employer dans la lutte anti-syphilitique ? Nous les exposerons sous trois chapitres :

A. Le traitement mercuriel.

B. Le traitement bismuthique.

C. Le traitement arsénical.

Nous efforçant de montrer la place prise par chacun d'eux dans l'arsenal thérapeutique et les indications qui demandent leur emploi particulier.

Ces différents médicaments passés en revue nous exposerons quelques schémas thérapeutiques préconisés par nos maîtres.

A. — Le traitement mercuriel.

Le traitement mercuriel fut le traitement employé avec énergie par les anciens auteurs (Moriceau).

Toutefois son action paraît éphémère et peu active si la médication n'est pas poursuivie avant, pendant et après la grossesse. Nous en trouverons la preuve dans le rapport classique de Sauvage (rapport Soc. obst., 1912).

Cet auteur a montré que l'action du traitement hydrargyrique ou iodo-hydrargyrique institué pendant la grossesse ne permet pas toujours de stériliser rapidement la femme enceinte et d'éviter ainsi l'avortement.

Sauvage a observé dans 61 % des cas des accidents syphilitiques au moment de l'accouchement. Chez les femmes ainsi traitées les grossesses se terminèrent par l'avortement ou la mortinatalité dans 74 % des cas. Sur le nombre des enfants qui vinrent au monde 10 % présentèrent des accidents de syphilis héréditaire.

Chez les femmes qui guérirent promptement de leurs accidents sous l'influence de la médication mercurielle, Sauvage observe les résultats suivants :

66 % d'enfants vivants et apparemment sains.

14 % d'enfants avec des lésions d'hérédo-syphilis.

19 % d'avortements et de mort-nés.

Chez les femmes n'ayant pas présenté d'accidents syphilitiques pendant leur grossesse et qui suivirent un traitement régulier la proportion des enfants vivants fut de 68 %.

Ainsi donc, comme le fait remarquer Cl. Simon, le mercure n'a une action réelle que s'il est employé avant la fécondation et poursuivi pendant toute la grossesse.

Si donc, le mercure, poursuivi régulièrement pendant longtemps peut être considéré comme un bon traitement de fond, il est incapable de faire disparaître rapidement les accidents et d'assurer dans le seul délai d'une grossesse la possibilité de mettre à terme un enfant vivant.

Il ne faut pas oublier, non plus, que le traitement mercuriel semble moins bien toléré par la femme enceinte que par l'individu normal (surtout les sels insolubles).

Il faut guetter l'apparition de la stomatite, les troubles intestinaux, il faut surveiller le rein.

L'on peut dire qu'aujourd'hui le traitement par les sels solubles de mercure est de moins en moins employé : activité moindre, contrainte d'un dérangement quotidien.

Toutefois le docteur Milian et ses élèves redonnent aux sels solubles de mercure une faveur nouvelle, cela dans un cas bien particulier : ils recommandent comme traitement de choix l'emploi du cyanure de mercure sous forme d'injections intra-veineuses chez les femmes enceintes présentant de l'albuminurie.

L'albuminurie n'est point favorablement influencée par les arsénicaux, l'huile grise tend à l'augmenter.

Le problème est sérieux, il importe pourtant de ne point abandonner la malade.

C'est le docteur Milian qui dans son service à l'hôpital Saint-Louis a montré quels avantages on pouvait tirer de l'emploi du cyanure de mercure chez les albuminuriques.

Le cyanure contient environ 80 % de mercure, c'est donc un des sels les plus riches en métal.

Son élimination est rapide, complète en 24 heures s'il est introduit par voie intra-veineuse.

Action diurétique marquée : la courbe des urines des malades mis au cyanure monte régulièrement assurant avec l'évacuation du médicament la diminution et même la disparition des œdèmes.

La voie intra-veineuse est seule à employer, la voie intra-musculaire est trop douloureuse.

La majorité des auteurs préconise les injections de cyanure tri-hebdomadaires avec élévation de la dose (deux centigrammes par injection). Cette méthode est à rejeter parceque dans l'immense majorité des cas la dose de 2 centigrammes est mal tolérée et peut provoquer des accidents intestinaux.

Une dose de un centigramme faite quotidiennement est bien supportée par la malade et peut être continuée plusieurs semaines consécutives. Après vingt piqures, par exemple, on pourra donner 3 grammes d'iodure pendant vingt jours pour faire ensuite une nouvelle série de vingt injections de cyanure. Le cycle aura demandé deux mois et aura souvent amené des modifications telles que la reprise du novarsénobenzol sera possible avec prudence.

Le traitement mercuriel n'exclue pas, bien entendu, le traitement diététique.

Le seul inconvénient reste les troubles intestinaux, il faut prendre la précaution de donner préventivement quelques grammes de sous-nitrate de bismuth et de faire du riz et des pâtes la base de l'alimentation (Milian).

En résumé, exception faite du point particulier mis en lumière par le docteur Milian, le traitement mercuriel ne jouit pas d'une grande popularité auprès de la majorité des auteurs pour le traitement de la syphilis héréditaire, son action stérilisatrice est trop lente.

B. — Le traitement bismuthique

Les travaux de Sazerac et Levaditi ont montré l'action curative des sels de bismuth dans la syphilis expérimentale.

Les premiers, Fournier et Guénot, vérifient ces données théoriques à l'hôpital Cochin.

Depuis cette date (1920) la littérature médicale fourmille d'observations probantes. Cette médication se réduit pour le praticien à des séries d'injections intramusculaires sans aucun danger. Elle constitue pour le malade un traitement ambulatoire compatible avec son travail quotidien.

Il faut distinguer entre les différentes formes de bismuth ; le médicament, dans la pratique, se présente sous trois aspects :

a) *Le bismuth colloïdal* :

Il a paru donner des résultats contestables.

b) *Le bismuth soluble en solution aqueuse* :

Plus efficace, mais souvent douloureux en injections sous-cutanées.

c) *Les sels insolubles* :

Trois catégories :

1° Le tartro-bismuthate de potassium : donne des résultats appréciables, mais il est douloureux et prédispose à la stomatite.

2° L'hydroxyde de bismuth : beaucoup plus maniable, généralement bien toléré, permettant de pousser le traitement jusqu'à un nombre d'injections assez considé-

nable. Il doit être considéré comme un auxiliaire précieux.

3^o L'iodo-bismuthate de quinine : le plus employé. Sa teneur en métal est faible, 25 à 30 %, ce qui rend possible la continuation du traitement pendant un temps presque indéfini. On conçoit qu'avec ce procédé il soit possible de traiter une malade pendant toute la durée de sa grossesse sans changer de thérapeutique.

Contre-indications à l'emploi du bismuth.

C'est avant tout l'albuminurie ; elle augmente parfois de quantité lors du traitement bismuthé. Dans ce cas, par prudence, il faut modifier la médication.

Toutefois la question des albuminuries est différente selon que l'on se trouve en présence d'une néphrite syphilitique ou bien d'albuminurie gravidique simple, car c'est dans ce dernier cas, seul, qu'on a presque toujours vu le bismuth augmenter la quantité d'albumine.

Les accidents possibles au cours de l'emploi du bismuth.

Le plus fréquent : la stomatite.

Elle est loin d'avoir la gravité et la durée de la stomatite mercurielle.

Le tube digestif peut être atteint : anorexie, état nauséux pénible, constipation, diarrhée.

On a pu encore signaler du prurit, des érythèmes divers, des phénomènes nerveux.

*Indications de traitement par le bismuth
chez la femme enceinte*

Le bismuth semble prendre place après le novar comme traitement d'attaque. Il est souvent logique de ne recourir à lui que lorsque le novar a échoué ou n'est pas toléré par la femme.

1^{er} cas : le Novar a échoué ainsi que l'huile grise, le B.-W. reste positif, il est logique de recourir au bismuth pour réduire un tréponème qui paraît être à la fois arséno et hydrargyro-résistant.

2^e cas : Il y a eu crise nitritoïde, un érythème arsénical est apparu, l'état de la dentition fait redouter le mercure ; le bismuth s'impose.

L'emploi du bismuth pourra permettre la naissance à terme d'un enfant normal. Si ce médicament est une arme précieuse il ne détrône pas pourtant les arsenobenzols.

Un certain nombre d'auteurs ont publié les résultats favorables obtenus avec le traitement bismuthé : avec les arsénobenzènes Galliot a un chiffre de 89 % d'accouchements à terme, le traitement bismuthé lui donne 85 % de bons résultats (1926). Nous-mêmes nous avons obtenu des résultats favorables à la maternité de l'Hôpital Boucicaut. Nous exposerons ces résultats à la fin de notre thèse.

C. — Traitement arsenical

On sait de quelles faveurs unanimes jouissent les arsénobenzènes dans la thérapeutique de la syphilis. Les résultats apportés par Bar, Jeanselme, Sauvage..., etc., démontrent que l'effet des préparations arsenicales est nettement supérieur à la médication mercurielle.

Statistique de Sauvage.

91 femmes traitées par les arsénobenzènes ;

84 enfants vivants ;

7 morts dont 5 pendant la grossesse ; et deux accidentellement pendant le travail.

Statistique de Bodin (Janvier 1923).

28 femmes traitées.

26 enfants vivants, sains, au moment de la naissance et dans les jours qui suivent l'accouchement.

Statistique Jersild (Copenhague) 1927.

100 grossesses chez 88 femmes traitées par le Novar pendant la gestation.

6 avortements et enfants mort-nés.

7 enfants morts au cours des premiers mois.

87 enfants sains.

Statistique de Boas et Gammeltott (Copenhague).

Le traitement mercuriel pendant la grossesse donne 31 enfants sains sur 111.

Tandis que le traitement au salvarsan en donne 60 sur 79.

Ces chiffres comparées permettent de conclure que les arsenobenzènes administrés pendant la grossesse rendent les chances d'avenir du fœtus d'une mère syphilitique presque égales à celles d'une mère non syphilitiques. S'abstenir de l'emploi des arsenicaux serait donc une faute lourde.

Certes, différents auteurs ont émis l'opinion que les *arsenobenzènes pourraient exercer une action nuisible sur la grossesse et même l'interrompre.*

Le professeur Gougerot a rapporté deux observations de crises nitritoïdes utéro-placentaires provoquant l'avortement (crises nitritoïdes, viscérales après injection intraveineuse de 914. 1923).

Des cas analogues d'avortement après injection de novar ont été rapportés par Giron et Berthon, par Halbron et Barthélemy (Bulletin Soc. franç. de dermatologie, 1923).

Ces auteurs concluent que les arsenobenzènes, dans des cas rares d'ailleurs, peuvent être considérés comme le « *primum movens* » de l'avortement. Ils conseillent donc d'employer l'arsenic en injections sous-cutanée ou intra-musculaire par petites doses répétées.

« J'admets, dit le professeur Gougerot, l'essai des

injections intra-veineuses, mais si à des doses encore faibles (0, 30) la crise nitroïde céphalique ou viscérale, s'ébauche ou éclate, j'insiste pour qu'on abandonne, non l'arsenic, mais la voie intra-veineuse. »

Le Dr Pinard s'est élevé contre ces assertions. Il écrit : « le traitement arsenical à petites doses et intermittent constituent la pire thérapeutique ; c'est une réactivation et non un traitement. »

Ce sont les femmes qui ont eu le plus de piqûres arsenicales pendant leur gestation qui ont donné les résultats les meilleurs.

Voici des statistiques à l'appui :

Statistique Baudelocque 1922.

Sur 228 femmes traitées par une, deux, trois séries de 914 intra-veineux, jusqu'aux doses de 0, 75 et 0, 90 suivant le poids, 215 ont accouché à terme d'une enfant vivant. Il y a eu 13 échecs certains dus à des causes obstétricales, d'autres à des insuffisances de traitement.

Si on prend seulement les femmes ayant eu au moins deux séries de 914, on a sur 120 femmes traitées :

116 enfants vivants.

4 morts dont 2 dues à des causes obstétricales.

La mortinatalité est inférieure à 2 % chez les femmes traitées par les arsenicaux à fortes doses.

Les arsenobenzènes employés à grosse dose ne sont pas abortifs conclue le Dr M. Pinard.

Pour notre part, nous n'avons pas relevé dans les statistiques récentes de la maternité de l'hôpital Bouci-

caut d'observations typiques dans lesquelles on puisse mettre en cause les arsenobenzènes comme agent effectif de l'avortement.

Ce qu'il importe c'est de s'entourer de toutes les précautions d'usage : demander à la femme si elle a bien supporté la dose précédente, lui demander de prendre bien consciencieusement sa température après l'injection et le matin du jour suivant.

Il faut quelle s'astreigne à un repos complet le jour de la piqûre et que son alimentation soit restreinte. Il faut, enfin, prévenir l'apparition des phénomènes congestifs : céphalée, état nauséux, par la prise d'adrénaline : 60 gouttes de la solution au millième, la moitié avant et l'autre moitié après l'injection, ou bien une piqûre d'adrénaline sous-cutanée ou intra-musculaire un milligramme et demi par injection (Milian).

On ne se hâtera jamais de conclure à l'intolérance, il faut être prudent et patient, il faut savoir répéter plusieurs fois la même dose, s'il le faut.

Contre-indications à l'emploi de la médication arsenicale.

Les contre-indications sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Cependant l'état du rein et du foie nécessite au cours de la gestation une surveillance spéciale. Une question délicate est celle de l'albuminurie : si l'albumine légère ne semble pas défavorablement influencée par les arsenicaux, il est néanmoins recommandé d'agir avec prudence, d'user de doses plus faibles

et même de recourir à un autre médicament si l'albumine augmente.

Différents Composés arsenicaux.

Nous ne voulons point dresser ici un catalogue des différents composés arsenicaux usités en thérapeutique. Nous signalerons néanmoins que l'arsenobenzol et le novarsenobenzol en injection intra-veineuse recueille les suffrages de la plupart des auteurs.

Le sulfarsenol semble avoir une efficacité moindre. Il ne doit être utilisé que si l'emploi des autres préparations est impossible ou si la syphilis est peu virulente. Ce dernier sel peut être injecté sous la peau et peut être manié avec la plus grande facilité (Petges de Bordeaux).

L'acétylarsan peut aussi donner de bons résultats : statistique de Mme Poli (Alger, 1927), 21 observations.

Le Docteur Luis Perez de Buenos-Ayres (1927) publie également les bons résultats obtenus avec le néo-salvarsan à des doses non inférieures à quatre grammes par série. Avant le traitement, sur 139 gestations il fallait compter 79 % d'enfants morts ; après le traitement ce pourcentage est tombé à 17 %.

Ainsi donc, quel que soit le type de médication arsenicale employé, à condition que l'action soit menée avec sagesse, prudence et autorité, le résultat définitif est souvent un succès.

Schémas thérapeutiques préconisés par quelques auteurs.

1^o Traitement proposé par le docteur Milian :

L'arsénobenzol qui est sans contredit le plus efficace des médicaments anti-syphilitiques actuellement connu devra être administré largement en ayant soin d'atteindre rapidement les doses massives de 1 centigramme de 606 ou de 1 centigramme et demi de 914 par kilogramme d'individu. Cette dose massive, idéale, devra être répétée quatre ou cinq fois de suite à quelques jours d'intervalle car c'est elle, incontestablement, qui est la dose utile.

Exemple : On commencera par 0,15 centigrammes de novar intra-veineux. On répétera toutes les semaines en augmentant de 0,15 centigrammes jusqu'à une dose finale équivalant à 1 centigramme 3 par kilos soit 90 centigrammes pour une femme de 60 kilos. Cette dose devra être répétée trois fois.

Cette série de novar terminée, on injectera sans interruption, une série intra-musculaire d'huile grise : une piqûre par semaine, on commencera par 5 centigrammes pour arriver rapidement à la dose de 7 ou 8. Cette dernière dose ne pouvant être dépassée.

8 jours après la dernière piqûre d'huile grise, on reprendra les injections de novar comme précédemment.

La durée totale du traitement est d'environ 6 mois.

Aux approches du 8^e mois, si tout va bien, on pourra faire du traitement buccal sous forme de pilules de Dupuytren, par exemple : 2 par jour. Mais si la femme présente encore des accidents en activité ou si le B.-W. pratiqué avant le début du traitement et à la fin de chaque série d'injections se montre encore positif, même partiellement, ne pas hésiter à continuer le traitement d'une façon intensive jusqu'à la fin de la grossesse et à répéter la dose terminale 0,90 plusieurs fois s'il le faut.

2^e Traitement proposé par le Dr M. Pinard.

La méthode de choix consiste en séries progressives et répétées de 606 et de 914 intra-veineux appliquées avec les précautions d'usage et séparées par un intervalle de 21 jours entre chaque série.

606 : 0,10 - 0,20 - 0,30 - 0,40 - 0,50 - 0,60 - 0,60 - 0,60 centigrammes.

914 : 0,15 - 0,30 - 0,45 - 0,60 - 0,75 - 0,90 - 0,90 - 0,90 centigrammes.

Si le traitement est commencé dès le début de la gestation, on pourra pratiquer trois séries arsénicales de 7 ou 8 piqûres chacune, en ayant respecté les lois de l'arsénothérapie : atteindre les grosses doses, ne pas prolonger les périodes de repos plus de 3 semaines, la voie intra-veineuse est la méthode de choix.

Si la médication intra-veineuse était impossible on pourrait recourir aux injections sous cutanées de sulfarsénol aux doses de :

0,12 - 0,18 - 0,24 - 0,30 - 0,36 - 0,42 - 0,48 - 0,54 -
0,60 - 0,60 - 0,60 centigrammes.

3° Traitement des Docteurs Devraigne et Sauphar

Ils commencent par 0,30 centigr. de novar, ils vont jusqu'à 0,90 par augmentation de 0,15, la dernière dose est répétée trois fois.

On fait ensuite 8 injections d'huile grise à 0,07 de mercure. On recommence le novar, ce qui amène aux environs du terme. On donne alors un traitement buccal.

4° Traitement du Docteur Galliot

Parlant du bismuth, le Docteur Galliot recommande des doses de 20 à 25 centigrammes de bismuth métal par semaine, en une fois autant que possible pour éviter la répétition des injections qui finissent à la longue par indurer assez fortement les fesses des patientes. En cas d'urgence et si le traitement doit débiter dans les derniers mois de la grossesse, il est toujours préférable d'adjoindre au bismuth un traitement arsenical.

5° Traitement du Docteur Lacapère

Plusieurs cas schématiques :

A. *La syphilis est antérieure à la grossesse ; elle a été traitée, la séro-réaction est négative, la ponction lombaire aussi, c'est le cas le plus favorable :*

Traitement mercuriel ;

Traitement arsenical : sulfarsenol ou novarsenobenzol.

La médication sera poursuivie pendant toute la grossesse, pratiquer de temps en temps une séro-réactivation de contrôle.

B. La syphilis est antérieure à la grossesse, elle a été traitée, la séro-réaction est positive :

On usera de traitement arsenical intra-veineux.

C. La syphilis est antérieure à la grossesse ou a été contractée pendant les six premiers mois, avec accidents en évolution :

Traitement arsenical intensif jusqu'à la fin de la grossesse.

D. Infection dans les 3 derniers mois :

Traitement arsenical immédiat et intensif ne devant être suspendu que quelques jours avant l'accouchement.

Il est bien entendu qu'une mère syphilitique traitée pendant sa grossesse doit encore être considérée comme telle après, c'est-à-dire qu'elle doit se soumettre régulièrement à l'observation du médecin et continuer à être traitée si l'infection se rallume.

Traitement dissimulé de la syphilis chez les femmes enceintes

C'est une des questions des plus délicates de la pratique courante.

Si la malade ne peut être mise au courant de son état

il faudra la soigner d'une façon déguisée. On tâchera d'imposer la voie intra-veineuse qui est incontestablement supérieure aux autres procédés. On aura recours à des artifices particuliers, on invoquera une grande anémie, par exemple.

Par voie buccale la tâche est plus facile, il existe de nombreuses médications : tréparsol, hectine, iodure de potassium, pilules de Dupuytren, de Ricord, cachets de calomel :

Un centigramme de calomel	{	pour un cachet
Un gramme de sous-nitrate de bismuth		

Deux cachets par jour pendant 40 jours, dix jours de repos, puis reprise de la cure.

On peut enfin avoir recours à la voie rectale, les prétextes ne manquent pas, hémorroïdes, constipation... etc. ; un suppositoire contenant 5 à 6 centigrammes d'onguent mercuriel double : un suppositoire chaque jour pendant 20 jours. Les résultats obtenus par les suppositoires à l'arsénobenzol ne sont pas encourageants.

Le médecin devra avoir constamment devant les yeux le but à atteindre qui est la conservation d'un foyer et la sauvegarde de toute une descendance.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT ANTI-SYPHILITIQUE PENDANT LA GROSSESSE. — QUELQUES STATISTIQUES

Nous allons exposer quelques résultats obtenus, sous forme de statistiques. Ces statistiques nous les prenons volontairement de part et d'autre ; nous terminerons en allant plus avant dans le sujet lui-même par l'énumération de nos observations personnelles prises dans le service de notre maître le D^r Le Lorier, à la maternité de Boucicaut.

Statistique de la clinique Baudelocque, 1912 (Prof. Couvelaire).

En 1912, à Baudelocque, il y a eu 102 accouchements de femmes soignées avant et pendant la grossesse ou seulement pendant la gestation.

Résultats :

88 enfants vivants,

12 enfants morts pendant la gestation ou peu après,
se répartissant comme suit :

a) 21 femmes traitées avant et pendant la gestation :

Enfants vivants	21
Enfants morts.....	0

b) 29 femmes traitées régulièrement pendant la gestation :

Enfants vivants.....	27
Enfants morts.....	2

c) 36 femmes ayant reçu une seule série complète de néo-salvarsan pendant la gestation :

Enfants vivants.....	33
Enfants morts.....	3

d) 16 femmes ayant reçu moins d'une série de néo-salvarsan :

Enfants vivants.....	9
Enfants morts.....	7

Cette statistique nous montre les bienfaits du traitement lorsqu'il est appliqué d'une façon intensive et régulière pendant la grossesse.

Statistique de la Clinique Baudelocque de 1919 à 1924 (Prof. Couvelaire).

256 femmes syphilitiques ont eu 530 gestations avant tout traitement et 269 gestations après traitement au dispensaire.

La série de 530 gestations sans traitement a donné :

- 137 avortements,
- 79 fœtus macérés,
- 56 fœtus morts en bas-âge,
- 102 enfants ayant dépassé l'âge de un an, dont
31 porteurs de stigmates.

La série des 269 gestations après traitement soit pendant la gestation, soit avant et pendant a donné :

2 expulsions de macérés,
4 fœtus au cours de l'accouchement,
21 enfants morts en bas-âge,
242 enfants ayant dépassé l'âge de un an, dont
38 porteurs de stigmates.

En résumé, d'un côté nous trouvons :

102 enfants sur 530 ayant dépassé l'âge de 1 an ;
de l'autre côté nous trouvons :

242 enfants sur 269.

On pourrait objecter à cette statistique qu'elle est viciée par l'atténuation que le temps apporte, souvent, mais pas toujours, à l'action de la syphilis sur la descendance.

Voici une statistique qui échappe à cette critique parce qu'elle concerne les femmes contaminées depuis peu et donne le résultat de la première gestation postérieure à la contamination :

129 femmes syphilitiques récentes non traitées :

Nouveau-nés vivants.....	45
Mort-nés.....	84

114 femmes syphilitiques traitées pendant la gestation :

Nouveau-nés vivants.....	97
--------------------------	----

61 femmes syphilitiques récentes traitées avant et pendant la gestation :

Nouveau-nés vivants.....	59
Mort-nés.....	2

Pour les syphilis anciennes, soit congénitales, soit acquises, le traitement est aussi nécessaire que pour les syphilis récentes.

A vrai dire, le déchet initial, en l'absence de tout traitement, est moindre que pour les syphilis récentes : 20 % au lieu de 65 % mais l'observation démontre que certaines de ces syphilis anciennes sont particulièrement nocives pour le fœtus. A traitement égal les bons résultats sont parfois plus difficiles à obtenir que pour les syphilis récentes (prof. Couvelaire).

Statistique de la maternité de Lariboisière 1927 (Docteur Devraigne).

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 1927 :
6480 consultations.

Femmes : 5121.
Enfants : 1359.

842 prises de sang pour B.-W.
5340 injections se répartissant ainsi :

Arsénobenzènes.....	3.200
Bismuth.....	960
Mercure.....	1.180

97 femmes ayant eu auparavant des enfants morts, des fausses couches répétées, ont accouché spontanément d'enfants vivants paraissant normalement

constitués, après avoir subi un traitement pendant toute la durée de leur dernière grossesse.

Statistique de la maternité de Saint-Etienne 1923 (Laurent et Dujol).

Ces chiffres portent sur 15 mois, de janvier 1922 à avril 1923.

Nombre de femmes mises au traitement : 55.

Avant le traitement ces femmes avaient eu :

Faussees couches : 48.

Enfants morts : 32.

Enfants vivants : 24.

Depuis le traitement ces femmes ont eu :

Faussees couches : 1.

Enfants morts : 2.

Enfants vivants : 22.

Ces femmes ont été exclusivement soignées par les injections intra-veineuses de novarsénobenzènes.

Statistique de la maternité d'Anvers 1923 (Henrotey et Van Nuffelen).

5 femmes ont accouché pendant ou immédiatement après la première série de piqûres (novar) :

4 enfants étaient vivants, à terme.

1 prématuré, mort.

6 autres enfants sont nés à terme, à savoir :

2 au cours de la 2^e série.

2 au cours de la 3^e série.

1 au cours de la 4^e série.

1 au cours de la 5^e série.

Au total 11 accouchements et 10 enfants vivants soit une mortinatalité globale de 9,9 % et 90,1 % d'enfants vivants apparemment bien portants. Cette statistique nous montre les bons résultats obtenus aux différents échelons d'un traitement, du plus bas jusqu'au plus haut.

Observations prises au dispensaire anti-syphilitique de la maternité Boucicaut

Nous allons exposer pour terminer des observations détaillées prises dans les registres du dispensaire anti-syphilitique de la maternité de Boucicaut durant les années 1926-1927, 1928 et 1929.

Il faut dire tout de suite que, vu le nombre des femmes traitées, ces observations sont peu nombreuses, mais nous les avons choisies à bon escient, laissant volontairement de côté celles qui pourraient prêter à discussion. Il faut encore insister sur ce point capital, à savoir que, nombre de femmes qui ont été reconnues syphilitiques, soit à la consultation, soit au moment même de l'accouchement, sont venues se faire traiter pendant quelques séances puis n'ont plus reparu ou à une date tellement éloignée que leurs cas ne peuvent

être rangés parmi les bienfaits ou les méfaits du traitement.

Nous exposerons les observations qui nous ont paru les meilleures, bonnes ou mauvaises, quel que soit le traitement.

ANNÉE 1926

Traitement par le bismuth. (Curalues).

<i>Bons résultats</i>			<i>Mauvais résultats</i>
	Nombre de piqûres	Début du traitement	
Observ. 2	11	7 ^e mois	Obs. 1
— 3	11	6 ^e —	
— 4	9	6 ^e —	
— 5	11	5 ^e —	
— 6	12	5 ^e —	
— 8	9	7 ^e —	
— 10	12	5 ^e —	
— 11	6	7 ^e —	

Traitement par le bismuth et le novar.

— 9	22 (curalu)	5 ^e mois
	1 gr. 50 novar	

Traitement par les arsenobenzènes seuls.

— 0	0	0
-----	---	---

Traitement complexe.

— 7	mercure, bismuth arsenic : avant et pendant.
-----	--

Bons résultats.

OBSERVATION II. — Madame P..., 29 ans.

1919 et 1921 : accouchements normaux à terme ; enfants vivants.

1921 : avortement à 2 mois et demi.

1922 : avortement à 3 mois.

1923 : avortement à 5 mois.

1924 : accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort-né.

Se présente à la consultation le 7 mai.

Son B.-W. *est négatif*.

Du 7 mai au 21 août elle reçoit 11 piqûres de curalues.

Elle accouche normalement à terme le 7 juillet.

Garçon pesant 2850 gr.

Poids du placenta 480 gr.

OBSERVATION III. — Mme B..., 27 ans.

1922 : avortement de 3 mois.

1924 : avortement de 2 mois!

Se présente à la consultation enceinte de 5 mois, B.-W. H. 8.

Du 20 mars au 12 juin, elle reçoit 11 piqûres de curalues.

Le 4 juillet elle accouche normalement, à terme, d'une fille pesant 3570 gr.

Poids du placenta 500 gr.

OBSERVATION IV. — Mme M..., 20 ans.

1925 : avortement de 4 mois et demi.

B.-W. *très positif*.

Du 10 avril au 10 juillet 1926 : reçoit 9 piqûres de curalues.

Le 31 juillet elle accouche à terme d'un garçon pesant 3400 gr.

Poids du placenta 550 gr.

OBSERVATION V. — Mme D..., 25 ans.

Première grossesse avortement de 4 mois.

Deuxième grossesse avortement de 3 mois.

B.-W. positif.

Se présente à la consultation enceinte de 5 mois, du 10 avril au 21 août 1926 elle reçoit 11 piqûres de curalues.

Le 28 août elle accouche à terme d'un garçon pesant 3450 gr.

Poids du placenta 550 gr.

OBSERVATION VI. — Mme Y..., 30 ans.

En 1925 fausse couche de 2 mois.

Se présente enceinte de 3 mois.

B.-W. très positif.

Du 8 mai au 28 août reçoit 12 piqûres de curalues.

Le 10 octobre accouche spontanément à terme d'une fille pesant 2370 gr.

Poids du placenta 480 gr.

OBSERVATION VII. — Mme D..., 31 ans.

Soignée pour syphilis depuis 1922.

Elle n'a par elle-même présenté aucun accident mais son mari a eu une roséole en 1921 non traitée immédiatement, traitée seulement en 1922 par suite d'iritis et de kératite.

Le traitement de la femme entrepris dès 1922 comprend :

1922 : B.-W. négatif ; 10 piqûres d'enesol : 20 piqûres benzoate de Hg.

1923 : *B.-W. négatif* ; traitement par les iodures et la liqueur de Fowler.

1924 : traitement par le bismuth (médication et dose inconnues).

1925 : *B.-W. négatif* ; sulfarsenol 0,12-0,18-0,24-0,30-0,36-0,36-0,36-0,36.

Hectine, Acétylarsan 10 piqûres.

Le mari a été traité parallèlement et a reçu du Hg, As, Bi, mais son *B.-W.* est toujours positif.

La femme vient à la consultation enceinte de 8 mois.

Son B.-W. est toujours négatif.

Elle reçoit une série d'acétylarsan.

Le 28 décembre elle accouche spontanément et à terme d'un garçon pesant 3240 gr.

Poids du placenta 370 gr.

L'enfant ne présente aucun stigmate de syphilis.

OBSERVATION VIII. — Mme V..., 27 ans.

1924 : fausse couche de 1 mois et demi.

Se présente en octobre 1926 enceinte de 7 mois.

Hydramnios.

B.-W. Hg. 8.

Reçoit 9 piqûres de curalues.

Le 17 novembre accouche normalement à terme d'un garçon pesant 3560 gr.

Poids du placenta 450 gr.

OBSERVATION IX. — Mme S..., 25 ans.

Enceinte de 5 mois.

B.-W. très positif.

Reçoit 22 piqûres de curalues.

B.-W. alors négatif.

Reçoit 1 gr. 50 de novar.

Elle accouche à terme d'un garçon pesant 3450 gr.

Poids du placenta 550 gr.

OBSERVATION X. — Mme E..., 33 ans.

1922 : accouche à terme d'un enfant mort-né (siège ?)

1925 : fausse couche de 3 mois.

Se présente à la consultation enceinte de 5 mois.

B.-W. H. 8.

Reçoit 12 piqûres de curalues.

Le 23 octobre accouche spontanément à terme d'un garçon pesant 3430 gr.

Poids du placenta 540 gr.

OBSERVATION XI. — Mme S..., 23 ans.

1922 : accouchement à terme d'une fille mort-née.

Se présente enceinte de 7 mois.

B.-W. positif.

Reçoit 6 piqûres de curalues.

Le 28 juillet accouchement normal à terme d'une fille pesant 3640 gr.

Poids du placenta 600 gr.

Mauvais résultats.

OBSERVATION I. — Mme F..., 34 ans.

En 1910 un accouchement normal à terme.

En 1910 fausse couche de 4 mois.

En 1918 fausse couche de 4 mois.

En 1921 fausse couche de 2 mois.

B.-W. négatif.

Reçoit 12 piqûres de curalues.

Elle accouche prématurément à 7 mois et demi d'une fille 2690 gr.

Poids du placenta 400 gr.

ANNÉE 1927

Traitement par le bismuth.

(Curalues)

<i>Bons résultats</i>		<i>Mauvais résultats</i>	
Nombre. de piqûres	Début du traitement	Nombre de piqûres	Début du traitement
0	0	Obs. 1	24
			4 ^e mois

Traitement par le bismuth et le novar.

Obs. 2 12 cura

2 sér. novar.

avant grossesse

pendant gross. 5 cura 5^e mois

Obs. 3 5,25 novar 3^e mois

10 cura

Traitement par les arsenobenzènes

Obs. I (2^e gross.)

2 sér. nov. 3^e mois.

Traitement complexe

Obs. IV

novar, bismuth ?

huile grise ?

OBSERVATION I. — Mme J..., 40 ans.

1919 : première grossesse.

Accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant présentant un spina-bifida mort au bout de quelques heures.

6 injections intra-veineuses.

1920 : deuxième grossesse.

B.-W. suspect.

Traitement par le novar (2^e série).

Accouchement normal à terme d'une fille pesant 3.650 gr. (Bon résultat).

1923 : pas de traitement.

Accouchement prématuré à 8 mois et demi d'un enfant macéré.

1924 : accouchement à 5 mois d'un enfant macéré.

Pas de traitement.

1927 : vient à la maternité de Boucicaut dès le 4^e mois de sa grossesse.

B.-W. négatif.

Reçoit 12 piqûres de curalues.

Mort du fœtus à 5 mois *in utero*.

Mauvais résultat.

OBSERVATION II. — Mme C..., 36 ans.

1925 : accouchement prématuré à 7 mois d'un fœtus macéré ; reçoit, après, 2 séries intraveineuses de novar et une série intra-musculaire de curalues.

Se présente à la consultation au mois d'août 1927 enceinte de 5 mois.

B.-W. négatif.

Elle ne reçoit à Boucicaut que 5 piqûres de curalues, car elle quitte Paris pour Rennes où elle accouche avant

terme d'un enfant qui a vécu 5 jours : gros foie, gros placenta, pemphigus. Cette femme a été traitée par la suite à Boucicaut.

OBSERVATION III. — Mme C..., 41 ans.

Depuis 1911 cette femme a eu 7 grossesses qui se sont toutes terminées par un accouchement prématuré (7^e mois) et enfants morts, sauf dans trois cas : 1 enfant a vécu 1 mois, les 2 autres 6 jours.

En 1922, 1923 et 1924 elle aurait reçu un traitement intra-veineux de nature inconnue.

Elle vient au mois d'août 1927 à la consultation enceinte de 2 mois et demi.

B.-W. négatif.

Elle reçoit 5 gr. 25 de novar, puis une série de 10 piqûres de curalues. Néanmoins elle accouche à 7 mois d'une fille de 2.200 gr. avec placenta de 280 gr. Cette femme n'est point revenue ultérieurement.

OBSERVATION IV. — Mme P..., 29 ans.

Syphilis acquise en 1914, traitée à Broca (mode de traitement inconnu). B.-W. : positif.

Elle est traitée jusqu'au 8^e mois de sa grossesse : 3 séries de novar, bismuth et huile grise (doses inconnues).

Elle accouche à l'Hôpital Boucicaut : grossesse gémellaire uni-vitelline, bi-amniotique.

Placenta 850 gr.

Les 2 enfants sont mis au sulfarsénol, la mère est traitée au curalues.

ANNÉE 1928

Traitement par le bismuth.

(Curalues)

<i>Bons résultats</i>		<i>Mauvais résultats</i>	
Nombre de piqûres	Début du traitement	Nombre de piqûres	Début du traitement
—	—	Obs. 8 8 curas	4 ^e mois

Traitement par le bismuth et le novar

o o o o

Traitement par les arsénobenzènes

Obs. 1 : 4,90 de novar 2^e mois
 — 2 : 4,90 — 5^e —
 — 3 : 2,90 — 6^e —
 — 4 : 3,90 — 6^e —
 — 5 : 1,75 — 8^e —
 — 6 : 6,75 — 4^e —
 — 7 : 1,75 — 8^e —

Traitement complexe

o o o o

Bons résultats.

OBSERVATION I. — Mme P.

1926 : une fausse couche de 4 mois et demi.

B.-W. positif.

Se présente à la consultation enceinte de 2 mois.

Reçoit 4,90 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.450 gr.

Poids du placenta 450 gr.

OBSERVATION II. — Mme V.

5 enfants vivants.

1 enfant mort à la naissance.

B.-W. positif.

Dents d'Hutchinson.

Se présente à la consultation enceinte de 5 mois.

Reçoit 4,90 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 2.700 gr.

Poids du placenta 700 gr. (gros placenta).

OBSERVATION III. — Mme C.

B.-W. positif.

Se présente à la consultation enceinte de 6 mois

Reçoit 2,90 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.620 gr.

Poids du placenta 450 gr.

OBSERVATION IV. — Mme B.

B.-W. positif.

Se présente à la consultation enceinte de 6 mois et demi

Reçoit 3,90 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.700 gr.

Poids du placenta 500 gr.

OBSERVATION V. — Mme G.

B.-W. très positif.

Se présente enceinte de 8 mois.

Reçoit 1,75 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 2.100 gr.

Poids du placenta 450 gr. (gros placenta).

OBSERVATION VI. — Mme L.

2 mort-nés.

2 enfants vivants.

B.-W. positif.

Se présente enceinte de 4 mois.

Reçoit 6,76 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.770 gr.

Poids du placenta 650 gr.

OBSERVATION VII. — Mme L.

6 enfants dont :

3 vivants.

1 mort-né.

1 mort à 15 jours.

1 mort à 3 ans et demi de méningite tuberculeuse.

Mari fou et enfermé.

B.-W. positif.

Se présente enceinte de 8 mois.

Reçoit 1,75 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.000 gr.

Poids du placenta 450 gr.

Mauvais résultats.

OBSERVATION VIII. — Mme R..., 34 ans.

1924 : un enfant mort-né.

B.-W. négatif.

Se présente à la consultation enceinte de 4 mois.

Reçoit 8 injections de curalues.

Mort du fœtus *in utero*.

ANNÉE 1929

Traitement par le bismuth. (Curalues)

<i>Bons résultats</i>		<i>Mauvais résultats</i>	
	Nombre de piqûres		Début du traitement
Obs. 3	12	8 ^e mois	Obs. 5 24 6 ^e mois

Traitement par le bismuth et le novar

Obs. 1 : novar 1 ^{re} série	}	3 ^e mois
cura 24		
— 4 : novar 1 gr.	}	2 ^e enf. 7 ^e mois
cura 12		
— 6 : novar 2,25	}	2 ^e mois
cura 21		
— 10 : novar 5,55	}	?
cura 3		

Traitement par les arsenobenzènes.

Obs. 2 : novar 7 gr. avant gross.

novar 5 séries pendant gr.

— 4 : novar 8,45, 1 ^{er} enf.	5 ^e mois
— 7 : novar 6,75	?
— 8 : novar 6,25	?
— 11 : novar 2,	7 ^e mois
— 12 : novar 12,75	4 ^e mois

Obs. 9 : novar 6 gr. 5^e mois

Traitement complexe.

o o o o

Bons résultats.

OBSERVATION I. — Mme J...

1927 : enfant mort et macéré.

1928 : reçoit une série de novar.

B.-W. négatif.

Vient à la consultation enceinte de 3 mois.

Reçoit 24 piqûres de curalues.

Accouche à terme d'une fille pesant 3.620 gr.

Poids du placenta 490.

OBSERVATION II. — Mme T...

1924 : un enfant vivant à terme.

1927 : un enfant mort et macéré.

B.-W. négatif.

Reçoit à Boucicaut 7,05 de novar.

Part à Colmar où elle aurait reçu 5 séries de novar.

Accouche à terme d'un garçon pesant 4.500 gr.

Poids du placenta : inconnu.

OBSERVATION III. — Mme H...

1928 : fausse couche de 3 mois.

Vient en juin 1929 enceinte de 8 mois.

B.-W. positif.

Reçoit 12 piqûres de cura.

Accouche le 20 juillet à terme d'une fille pesant 3.050 gr.

Poids du placenta 600 (gros placenta).

OBSERVATION IV. — Mme C...

1926 : fausse couche de 4 mois.

1927 : fausse couche de 2 mois.

1928 : reçoit 8,45 de novar : accouche à terme d'un garçon pesant 2.400 gr. : poids du placenta, inconnu.

B.-W. négatif.

1929 : reçoit 1 gr. de novar (intolérance) et 12 piqûres de cura.

Accouche à terme d'un garçon pesant 3.460 gr.

Poids du placenta 590 gr.

OBSERVATION VI. — Mme T...

1926 : accouchement naturel à terme d'un enfant pesant 3.800 gr. décédé à 9 mois de méningite.

1928 : expulsion d'un fœtus mort et macéré au 6^e mois.

1928 : reçoit 2,25 de novar (intolérance) et 21 piqûres de cura.

B.-W. négatif.

Accouche à terme d'un garçon pesant 3500 gr.

Poids du placenta 800 gr. (gros placenta).

OBSERVATION VII. — Mme M...

1928 : accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant vivant.

B.-W. positif.

Reçoit 6,75 de novar.

Accouche à terme d'une fille pesant 3.140 gr.

Poids du placenta 480 gr.

OBSERVATION VIII. — Mme B...

3 enfants bien portants.

1925 : expulsion d'un fœtus mort et macéré, à 6 mois et demi.

B.-W. positif.

Reçoit 6,25 de novar.

Accouche le 8 septembre 1929, à Baudelocque, d'un enfant pesant 3.700 gr.

Poids du placenta inconnu.

OBSERVATION X. — Mme S...

1927 : une fausse couche de 2 mois.

B.-W. positif.

Reçoit 5,55 de novar et 3 piqûres de cura

Grossesse gémellaire, uni-vitelline.

Délivrance pesant 680 gr.

OBSERVATION XI. — Mme T...

1922 : un enfant vivant.

1923 : un avortement de 5 mois et demi.

1924 : fausse couche de 3 mois.

1925 : un garçon né à terme et bien portant.

1926 : fausse couche de 3 mois.

B.-W. négatif.

Aurait eu alors du tréparsol.

Vient à la consultation enceinte de 7 mois, reçoit seulement deux gr. de novar.

Accouche à terme d'un garçon pesant 3.720 gr.

Poids du placenta 520 gr.

OBSERVATION XII. — Mme S...

1920 : accouchement prématuré à 8 mois, l'enfant a vécu 1 mois.

1921 : accouchement prématuré à 7 mois, l'enfant est mort au bout de quelques heures.

1922 : accouchement prématuré à 7 mois d'une fille mort-née.

1926 : reçoit du novar intra-veineux et accouche à terme d'une fille traitée actuellement.

1929 : se présente enceinte de 4 mois.

B.-W. positif.

Reçoit 12 gr. 75 de novar.

Accouche à terme d'un garçon pesant 3.060 gr.

Délivrance 640 gr.

Mauvais résultat.

OBSERVATION V. — Mme B...

1924 : accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.250 gr.

1925 : expulsion d'un fœtus mort et macéré à 6 mois.

1927 : expulsion d'un fœtus mort et macéré à 6 mois.

B.-W. positif.

Dès le 6^e mois de sa grossesse reçoit 24 piqûres de cura.

Accouche prématurément à 7 mois d'un garçon pesant 2.300 gr.

Poids du placenta 450 gr.

OBSERVATION IX. — Mme T...

1927 : fausse couche de 3 mois.

1928 : fausse couche de 2 mois.

Se présente enceinte de 5 mois.

Gros œuf.

B.-W. négatif.

Reçoit 6 gr. de novar.

Accouche prématurément à 8 mois d'un garçon mort et macéré pesant 1.670 gr.

Poids du placenta 220 gr.

En résumé, sur 36 observations de femmes syphilitiques traitées pendant leur grossesse, tant par les arsenobenzènes que par le bismuth, nous avons obtenu 29 résultats satisfaisants, encore faut-il dire que sur ces 29 résultats il y a des degrés de succès : certains

enfants sont nés sains avec un placenta dont le poids était inférieur au sixième du poids du corps, d'autres enfants sont nés au contraire avec un placenta dont le poids dépasse le pourcentage régulier ; ces cas sont certes des succès thérapeutiques mais d'une *qualité évidemment inférieure* aux premiers.

Sur ces 36 observations nous avons noté 7 mauvais résultats : enfants mort-nés, prématurés, mort du fœtus *in utero*. Ces échecs sont le plus souvent dus, soit à un traitement trop tardif, soit à un traitement insuffisant.

Sur ces 36 observations, le B. W. s'est montré positif 23 fois, négatif 13 fois.

Dans 4 cas seulement, le diagnostic de syphilis a été posé par la constatation d'une sérologie positive, les antécédents faisaient défaut.

Dans 32 cas, le diagnostic de syphilis était corroboré par les antécédents, tant personnels que familiaux.

CONCLUSIONS

Vu l'influence abortive et foeticide de la syphilis qui fait de cette maladie un véritable fléau social (voir statistiques) la lutte en vue de combattre la syphilis héréditaire doit comporter :

1^o Une lutte prophylactique, c'est-à-dire :

a) Le dépistage des procréateurs syphilitiques :

Rôle des dispensaires ;

Rôle des services sociaux ;

Rôle de l'instruction du public.

b) L'examen du syphilitique en vue de reconnaître s'il est apte au mariage :

Intérêt de l'enquête ;

Intérêt de l'examen clinique ;

Intérêt de l'examen sérologique.

2^o La lutte anti-syphilitique au cours de la grossesse elle-même :

a) Il faut dépister la syphilis chez la femme enceinte ; attacher une grosse valeur à la positivité de la sérologie, attacher une valeur plus grande encore aux antécédents personnels et familiaux.

b) La femme enceinte reconnue syphilitique, il faut la traiter, régulièrement, intensivement.

Le traitement par les arsénobenzènes, recueille la

majorité des suffrages. Le traitement bismuthique tient brillamment la seconde place et se montre nettement supérieur au mercure dont l'influence stérilisatrice est trop lente.

3° C'est en employant ces méthodes, c'est en soignant intensivement les femmes syphilitiques dès le début de leur grossesse que l'on obtiendra des résultats de haute qualité, que l'on fera œuvre sociale. L'influence favorable du traitement anti-syphilitique nous est prouvé par les statistiques des différentes maternités et d'une façon plus modeste par nos observations personnelles.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Pinard (M.)*. — La lutte contre la syphilis héréditaire (Clinique Montréal, 1922).
- Heureuse action anti-abortive des arsénobenzènes chez les femmes syphilitiques (Soc. Méd. des Hôpitaux, 1923).
- Galliot*. — Grossesse. Syphilis et Bismuth (Bulletin Médical, 1925).
- Pouget (Emile)*. — Syphilis et grossesse. Traitement par le bismuth. Insuccès (Bull. Soc. Obst. et Gynécol., 1924).
- Lacapère et Vallery-Radot (Pierre)*. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse.
- Petges*. — Traitement par le sulfarsénol (Congrès de la syphilis héréditaire).
- Pinard (M.)*. — Dépistage de la syphilis au début de la gestation (Paris-Médical, 1923).
- Milian (D^r)*. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse (Congrès de la syphilis héréditaire).
- Sauphar*. — Traitement dissimulé de la syphilis chez la femme enceinte (La Médecine, 1922).
- Traitement de la syphilis pendant la grossesse (La Médecine, 1920).
- Audebert et Fabre*. — Accouchement prématuré et erythrodermie dus au néo-salvarsan (Bull. Soc., obst. et gyn., 1928).
- Perez (Louis)*. — Une nouvelle année d'expérience dans le traitement de la syphilis pendant la gestation (Bull. Soc. obst. et gyn., 1927).
- Le Lorier et Galliot*. — Fonctionnement du dispensaire anti-syphilitique de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (Bull. Soc. obst. et gyn., 1925).
- Jersild (Copenhague)*. — Traitement des femmes enceintes par le novarsenobenzol (Congrès de la syphilis héréditaire).

- Laurent et Dujol.* — Bilan d'une consultation réservée aux femmes enceintes atteintes de syphilis (Soc. de derma. et syph., 1923).
- Statistiques de la Consultation anti-syphilitique à la Maternité d'Anvers (Gyn. et obstét., Par., 1925).
- Rudaux et Montlam.* — Syphilis héréditaire et gestation (Hôpital, 1927).
- Pautrier.* — Syphilis et grossesse (Monde médical, 1924).
- Pomaret et Benoit.* — Recherches sur l'action abortive des composés arsenicaux (Soc. Med. d. hôpit., 1923).
- Poli-Garnier.* — Traitement arsenical de la syphilis pendant la grossesse (Progrès-médical, 1927).
- Sauphar.* — La bismutothérapie chez la femme enceinte (La Médecine, 1924).
- Halbrou et Barthélémy.* — Grossesse chez une syphilitique. Traitement arsenical sous-cutané. Enfant mort et macéré (Bull. Soc. franç. de derm., 1923).
- Sauphar (I.).* — Le cyanure de mercure chez la femme enceinte (La médecine, 1924).
- Moriez (A.) de Nice.* — Crise nitritoïde à détermination utéro-placentaire au huitième mois d'une grossesse après traitement arsenical à dose faible par voie buccale (Progrès méd., 1925).
- Gougerot (Prof.).* — Des crises nitritoïdes utéro-placentaires provoquant l'avortement (Soc. Méd. des hôpitaux, 1923).
- Sauphar.* — La lutte contre la syphilis à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière (Rev. méd. franc., 1928).
- Couvelaire (prof.).* — Essai d'organisation de la prophylaxie de la syphilis congénitale (Ann. d. mal. vén., 1928).
- Vignes et Galliot.* — La prophylaxie des accidents hérédosyphilitiques dans les maternités parisiennes (Progrès méd. Paris, 1923).
- Parkuer.* — Prenatal clinics and Prevention of congenital syphilis (I. Social. Hyg., 1929).
- Jampolsky.* — Treatment of congenital syphilis (South. M. J., 1929).
- Bessesen.* — Pregnancy with complications syphilis (M. Times New-York., 1929).
- Gammeltoft.* — Syphilis and pregnancy (Am. I. Syph., 1929).

- Milian.* — Traitement préventif de l'Hérédo-Syphilis (Annales des maladies vénériennes, 1925).
- Couvelaire (Prof.).* — Du rôle des consultations prénatales dans la lutte contre la mortalité infantile (Presse Médicale, 1924).
- Watrin.* — La réaction de Hecht dans la grossesse (Société de biologie, 1921).
- Hata.* — Les ravages de la syphilis congénitale et sa prophylaxie (Vie médicale, Paris, 1922).
- Lequeux.* — Traitement de la syphilis au cours de la grossesse (Bulletin Médical, 1923).
- Cavaillon et Nicolas.* — Prophylaxie sociale de la syphilis héréditaire (Ann. d. mal. vén., 1927).
- Dujol et Laurent.* — La collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe (J. de méd. de Lyon, 1924).
- Pinard (M.).* — Traitement de la femme syphilitique en état de gestation (J. de méd. et chir. prat., Paris, 1921).
- Tudos.* — Das lipoidlösliche Wismut in der therapie der lues congenita (Wien. Klin. Wchnschr., 1927).
- Rosenbaum.* — Prevention of infantile syphilis (Illinois M. J., 1928).
- Mukerjee.* — Treatment of congenital syphilis (Indian. M. Rec., 1927).
- Dodds.* — Analysis of results of Wassermann reactions obtained from 2.000 consecutive pregnant women (J. Obst. et Gyn. Brit. Emp., 1927).
- Mac. Cord.* — Results obtained from treatment. Analysis of 250 cases. (Am I. Syph., 1928).
- Parker.* — Study of prenatal clinico with special reference to diagnosis and treatment of syphilis in pregnant woman (M. Woman's J., 1927).
- Del Vivo.* — Sul valore della siero reazione di Wassermann in ostetricia (Riv. ital. di ginecol., 1927).
- Kirkpatrick.* — Lues in pregnant women (I. state Med., 1929).
- Ehlers.* — Lutte contre la syphilis héréditaire dans les pays scandinaves (Ann. d. mal. vén., 1928).
- Nabarro.* — Antenatal treatment of syphilis (Brit. I. Ven., 1928).
- Gammeltoft.* — Syphilis and pregnancy (Am. I. obst., 1928).
- Casselman.* — Congenital syphilis, practical methods of prevention diagnosis and treatment (I. M. Soc. New-Jersey (1928).

- Vila.* — Tratamiento de la sífilis hereditaria (Vida nueva, 1928).
- Marshall.* — Prenatal syphilis effects of antepartum treatment, (I. A. M. A., 1928).
- Herscheles.* — Kriterien der therapeutischen er folge bei lues congenita (Monatschr. f. Kinderh., 1926).
- Strauss.* — Zur therapie der lues congenita nach dem schema (Arch. f. Kinderh, 1926).
- Schamberg.* — Symptomatology and treatment of congenital syphilis (Therap. Gaz., 1927).
- Belding.* — Effect of treatment of syphilitic pregnant woman upon incidence of congenital syphilis (Am. J. syph. 1927).
- Simonini.* — Necessity of treating mother to prevent congenita syphilis (Med. Prat., 1926).
- Perez.* — La sífilis, su frecuencia y profilaxis en las maternidades (Semana med., 1926).
- Runge.* — Die Behandlung du syphilis bei schwangeren und gebärenden (Deutsche med. Wechuschr., 1927).
- Piccardi.* — La profilassi prenatale della sifilide congenita (Difesa sociale, 1927).
- Hennera and Gorelly.* — La importancia social de la heredo-sífilis-médios preventivos fera su profilaxis (Arch. esp. de pediat., 1927).
- Muller.* — Résultats of treatment with 12 intravenous injections of mosalvarsan (Med. Klin., 1927).
- Scherber.* — Die interne behandlung du syphilis mit spirocid; Prophylaxe du Lues und Behandlung der hereditaren Syphilis (Wien Klin. Wechuschr., 1927).
- Canelli.* — Profilassi e cura della sifilide congenita (Clin. ed ig. enfant, 1927).
- Ahman.* — Difficulties in combating congenital syphilis (Svenska-Läk-Tidning, 1927).

